

Anamnese- und Untersuchungsbogen

Die Teile „Personaldaten“ und „Medizinische Vorgeschichte“ werden zur Vorbereitung der ärztlichen Untersuchung von der Rotkreuz-Einsatzkraft ausgefüllt.

Personaldaten (Bitte lesbar ausfüllen!)

Familienname	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
Anschrift	Telefon

Medizinische Vorgeschichte

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anamnese und ärztliche Untersuchung

	Nein	Ja	
Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente (auch Kopfschmerztabletten, Salben, Sprays, Pflaster, ...) ein? Wenn ja, welche und wie viel pro Tag? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden Sie schon einmal operiert oder hatten Sie sonstige besondere Erkrankungen, z. B. einen Unfall, schwere Verletzungen? Wenn ja, welche und wann? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Größe (in m): _____			
Gewicht (in kg): _____			

Medizinische Vorgeschichte

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anamnese und ärztliche Untersuchung

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:	Nein	Ja		o.B.	auffälliger Befund
Augenerkrankung (z.B. Kontaktlinsen, Brille, grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehfähigkeit (orientierend) (z. B. starke oder stärkere Sehbeeinträchtigung, Sehleistung ohne Korrektur unter 0,3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Farbsehen (orientierend) (z. B. Farbsehen gestört)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenerkrankung (z.B. Gleichgewichtsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörvermögen (orientierend) (z. B. Hörvermögen von weniger als 5 m Umgebungs- sprache auf jedem Ohr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erkrankungen der Nerven/des Nervensystems (z. B. Lähmungen, Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische Untersuchung (orientierend) (z. B. jede Art von Epilepsie, Z. n. Apoplex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Psyche (z. B. Depressionen, Höhenangst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eindruck (orientierend) (z. B. erhebliche Erkrankungen der Psyche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen (z. B. Kropf, Über- oder Unterfunktion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untersuchung Hals (z. B. symptomatische Funktionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z. B. Tuberkulose, Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auskultation Perkussion Sauerstoffsättigung SpO ₂ Thoraxform Thoraxbeweglichkeit (z. B. Erkrankungen des Thorax oder der Atmungsorgane, die die Lungenfunktion beeinträchtigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung (z. B. Z. n. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmus- kelschwäche, Herzrhythmusstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auskultation Pulsfrequenz RR bds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z. B. Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blut- druck, Thrombose, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufsystem (orientierend) (z. B. Einschränkungen der Belastbarkeit oder Regula- tion durch Erkrankungen oder Veränderungen des Her- zens oder des Kreislaufsystems, starke oder stärkere Blutdruckveränderungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z. B. Leberentzündung, Gelbsucht, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untersuchung des Abdomens (z. B. Hernien, veränderte Lebergröße oder -oberfläche, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungstraktes (z. B. Magenerkrankungen, Darmerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nieren- und Harnwegserkrankungen (z. B. Blasen- oder Nierenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erkrankungen des Skelettsystems (z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skelett insbesondere Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankungen, -schwäche (z. B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gliedmaßen Gelenke (z. B. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützappara- tes oder Thorax mit Funktionseinschränkungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung (z. B. „Zuckerkrankheit“ Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Medizinische Vorgeschichte
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anamnese und ärztliche Untersuchung

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:	Nein	Ja				
Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung (z. B. Neigung zu Nasenbluten oder blauen Flecken ohne besonderen Anlass)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Heuschnupfen, Allergie gegen Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente, Latex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Suchterkrankung/Abhängigkeiten (z. B. Alkohol- oder andere Drogensucht, Medikamentenmissbrauch, regelmäßiger Drogengebrauch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ansteckende Erkrankungen/Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen (z. B. des Immunsystems, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)? Wenn ja, bitte nähere Angaben: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Impfstatus^{1, 2} Bitte legen Sie Ihren Impfpass bzw. Ihre aktuellen Impfnachweise vor. Die Abfrage des Impfstatus erfolgt gemäß der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV).			Impfnachweise vorgelegt	Ja	Nein	Für den Einsatz nicht erforderlich
			Ausreichender Impfschutz vorhanden			
			Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anmerkungen: _____ _____			

Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

Ort/Datum Unterschrift Einsatzkraft

Ort/Datum Unterschrift Ärztin/Arzt

Hinweis für die untersuchende Ärztin/den untersuchenden Arzt:

Bitte bewerten Sie anschließend Anamnese und Befund in Hinblick auf die Rotkreuztätigkeiten. Bitte benutzen Sie dazu Blatt 4 „Ergebnis der ärztlichen Eignungsuntersuchung“. In der rechten Spalte haben wir die Rotkreuztätigkeiten in Oberbegriffen für Sie zusammengefasst.

¹ siehe auch Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und AMR Nr. 6.5 Impfungen als Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen; Mutterschutzgesetz beachten Rahmenempfehlungen des jeweiligen Landesverbandes und für die jeweilige Gemeinschaft beachten
² einrichtungsbezogene Impfpflichten siehe BMG, Infektionsschutzgesetz (insbesondere §20 des IfSG), etc.